1 SVF Generella principer utredning och behandling ätstörningar -utkast!

Vårdnivå/samverkan/remiss

Vårdnivå

Primär nivå för barn och ungdomar 6 – 17 år
Barn- och ungdomshälsan bedriver vård på primär nivå för ätstörningar. För deras vårdprogram och gränssnitt mellan verksamheterna. vg se resp. länk (SVF Ätstörning Barn- och ungdomshälsan och FAKTA ätstörning).

Specialistvård för barn och ungdomar 0 – 17 år
BUP region Jönköping bedriver vård för ätstörningar på 5 vårdnivåer.

- Öppenvård på BUP-mottagningarna i Jönköping, Nässjö och Värnamo
- Intensifierad öppenvård på anorexienheten i Jönköping
- Dagvård med ätträning
- Slutenvård enligt HSL
- Slutenvård enligt LPT vid vilken samverkan med barnmedicin och PIVA kan ske vid behov.

Akuta sjukdomstillstånd
Var god se rutin JURIS – Akut vård

Bedömning/utredning
Steg I (bedömning)

Ska genomföras som första åtgärd för alla patienter med misstänkt ätstörning av något slag. Detta genomförs oftast inom BUP:s öppenvårdsteam.

För patienter med restriktiv ätstörning med snabbt och akut debutförlopp och där direkttriagering sker till BUP Anorexienhet eller slutenvård genomförs steg 1 utredning inom dessa enheter.

Steg II (fördjupad bedömning)

Om behandlingseffekten uteblir efter evidensbaserad behandling ska efter senast 3 månader behandlingsinsatser utvärderas och en fördjupad bedömning ska initieras i syfte att utreda om det kan finnas oupptäckt samsjuklighet eller andra vidmakthållande faktorer som hindrar patient och familj från att tillgodogöra sig behandlingen. För att undvika onödigt långa sjukdomsförlopp ska utebliven behandlingseffekt uppmärksammas i god tid Denna fördjupade bedömning genomförs av den enhet som genomfört tidigare bedömning och behandling.

Steg III (utredning)

Om behandling och bedömning genomförts enligt steg I och II utan tillräcklig effekt bör ställningstagande göras kring om det finns behov av ytterligare utredning. Detta för att förstå om oupptäckt och obehandlad psykiatrisk och/eller somatisk samsjuklighet vidmakthåller patientens ätstörningsproblematik.
Ställningstagande till behov av utredning genomförs av det team/enhet som har patienten i behandling. Utredningen genomförs av team/personal med god kompetens av utredning av respektive tillstånd. Om remiss sändes till annat team/enhet för utredning ska remissen innehålla en sammanfattning av tidigare bedömningar/utredningar och behandlingar.

Behandling

Steg I (initial behandling)

Ska genomföras som första åtgärd för alla patienter med misstänkt ätstörning av något slag.Detta genomförs oftast inom BUP:s öppenvårdssteam.

För patienter med restriktiv ätstörning med snabbt och akut debutförlopp där direkttriagering sker till BUP Anorexienhet eller slutenvård genomförs steg I behandling inom dessa enheter

Steg II (intensifierad öppenvård med eller utan ätträning/dagvård)

Steg II behandling genomförs vanligtvis efter att Steg I behandling inte gett avsedd effekt och steg II utredning är genomförd.
Steg II behandling kan även initieras som första behandling för svårt sjuka patienter där Steg I inte bedöms som patientsäkert första steg. Behandling steg I integreras då i steg II behandlingen
Behandling Steg II för restriktiva ätstörningar genomförs på BUP Anorexienhet (intensifierad öppenvård med eller utan ätträning/dagvård).
Behandling Steg II för övriga ätstörningar sker vården på BUP öppenvårdsmottagning (intensifierad öppenvård)

Steg III (slutenvård)

För patienter med svår ätstörning och försämring där man provat behandling enligt steg I och II i dessa riktlinjer utan tillräcklig effekt och tilltagande försämring med medicinska risker kan heldygnsvård aktualiseras. Heldygnsvård kan ske enligt HSL och LPT.

Steg III behandling kan även initieras som första behandling för svårt sjuka patienter i försämring och medicinsk påverkan där behandling Steg I och II utifrån tillståndets svårighetsgrad inte bedöms patientsäkra.

Steg IV (Nationell högspecialiserad vård (NHV) eller annan upphandlad vård)

Vård på NHV eller annan upphandlad vård kan ske när inklusionskriterier för vård på NHV är uppfyllda och klinikens samlade resurser och kompetens bedöms som otillräcklig.

Parallella vårdåtaganden
Patienter med flera olika parallella sjukdomstillstånd (samsjuklighet) bör i de allra flesta fall få vård för dessa samtidigt. Oftast kräver det parallell vård inom samma eller mellan olika enheter men kan i vissa fall bedrivas som anpassad vård på den enhet patienten vårdas. Riktlinjer för när och hur detta sker är olika beroende på tillståndens art och grad samt var i vårdprocessen patienten befinner sig.

Riktlinjer finns beskrivet under varje tillstånd och under ”samverkan”.

Samverkan

Vårdgrannar/myndigheter kontaktar BUP
Vid behov av råd och stöd kan läkare i icke akuta lägen ta kontakt med BUP specialist om demand för rådgivning.
Övriga vårdgrannar/myndigheter kontakter En väg in psykisk hälsa för rådgivning.
För rådgivning om patienter i behandling på Anorexienheten ringer vårdgivare/myndighetspersoner Anorexienheten direkt
Vid behov av råd och stöd kan alla samverkanspartners i akuta lägen ta kontakt med BUP jourlinje via ”En väg in psykisk hälsa barn och unga”.

BUH kontaktar BUP
Vid behov av råd och stöd kan läkare i icke akuta lägen ta kontakt med BUP specialist om demand för rådgivning
Vid behov av råd och stöd kan BUHs vårdpersonal i akuta lägen ta kontakt med BUP jourlinje via ”En väg in psykisk hälsa barn och unga”.

BUP kontaktar BUM
Vid medicinska komplikationer eller somatiska risktillstånd vid ätstörning kan

- BUP kontakta barnklinikens specialist on demand för rådgivning i icke akuta situationer.
- BUP samverka med barnmottagning/barnklinik för somatisk värdering.
- BUP i akuta lägen ta kontakt med barnklinikens jourlinje för konsultation eller bedömning på barnmedicinsk akutenhet.
- Rutin gällande sondning (JURIS)
- Rutin LPT-vård på somatisk klinik (JURIS

BUP till VUP vid 18-årsdagen
Se rutin överföring till VUP vid 18-årsdagen (specialistpsykiatrin eller JURIS)

Intern samverkan

BUP öppenvård till BUP anorexienhet

- För råd och stöd i ärende som vårdas i BUP öppenvård kontaktar BUP öppenvården anorexienheten genom bokning i Anorexienhetens teamdagbok med frågor och begäran om att bli uppringd.
- För råd och stöd i beslut om remittering (övertag eller parallella vårdåtagande) till AN eller beslut om remittering till NHV. BUP

öppenvården kontaktar genom bokning i Anorexienhetens teamdagbok med frågor och förfrågan om möte digitalt eller på plats.
- Samverkan i pågående parallella vårdåtaganden. Regelbundna samverkansmöten med familj för uppdatering av vårdplan (intern SIP), minst var 3:e månad

Anorexienhet till BUP öppenvård
- För råd och stöd i ärende som vårdas på anorexienheten kontaktar anorexienheten BUP öppenvård genom bokning i BUP öppenvårdens teamdagbok med frågor och begäran om att bli uppringd.
- För råd och stöd i beslut om remittering (övertag eller parallella vårdåtagande) till BUP öppenvård. Anorexienheten kontaktar BUP öppenvården genom bokning i BUP öppenvårds teamdagbok med frågor och förfrågan om möte digitalt eller på plats.
- Samverkan i pågående parallella vårdåtaganden. Regelbundna samverkansmöten med familj för uppdatering av vårdplan (intern SIP), minst var 3:e månad

BUP anorexienhet/BUP öppenvård till BUP planerad slutenvård
Se rutin JURIS samverkan…

Utskrivning från slutenvård till BUP öppenvård/anorexienheten öppenvård
Se rutin JURIS samverkan…

Utskrivning från slutenvård till anorexienhetens dagvård
Se rutin JURIS/samverkan länk nr

Då utskrivning från avdelningen ska ske ska senast ett dygn innan planerad utskrivning kontaktman/sjuksköterska på avdelningen ta kontakt via telefon med sjuksköterska dagvården för att boka kortare avstämningsmöte mellan enheternas personal, för planering av vård efter utskrivning.

Remiss

Egenremiss
Akuta och icke akuta egenremisser tas emot av En väg in, barn- och unga, psykisk hälsa.

Remiss från vårdgrannar, skola och myndigheter
Remisser skickas till primär- och specialistvård till En väg in, barn och unga, psykisk hälsa. Remissen följer sedvanlig remissmall men ska utöver detta alltid, om möjligt, innehålla tillväxtkurva.

Remissen triageras, beroende på tillståndets allvarlighetsgrad av till geografisk mottagning för barn- och ungdomshälsan eller BUP för första bedömning och insats (för gränsnitt se FAKTA).

Vid svåra restriktiva ätstörningar (Anorexia Nervosa, Atypisk Anorexia Nervosa och ARFID) kan EVI triagera remiss direkt till Anorexienheten. Anorexienhetes läkare adjungeras digitalt till EVIs remisskonferens för beslut om direkttriagering.

Svår restriktiv ätstörning definieras här som ett eller flera av följande kriterier:

- Hastig viktnedgång >1.0 kg/v under flera veckor
- Lågt BMI <14
- Mycket lågt mat och vätskeintag
- Anamnes på påverkat somatiskt status

Remiss från BUP öppenvård till anorexienheten
Remiss ska utöver vanlig remissmall bilaga eller länk JURIS rutin 16 innehålla provtagning enligt Anorexipaketet i BOS, viktkurva och EKG. Undantag kan göras i akuta situationer.

Remiss från BUP till barnmedicin
Vid medicinska komplikationer eller somatiska risktillstånd vid ätstörning kan

- BUP utfärda remiss till barnmottagning/barnklinik för somatisk värdering
- BUP i akuta lägen ta kontakt med Barnklinikens jourlinje för konsultation eller akut remiss för bedömning på barnmedicinsk akutenhet.

Remiss för vård på nationell högspecialiserad vård (NHV)
Remiss till NHV eller annan upphandlad vård skrivs av BUP. Remissen skrivs oftast av anorexienheten men kan i fall där patienten vägrar kontakt med anorexienheten eller anorexienhetens samlade resurser och kompetens bedöms som otillräckliga, skrivas av den enhet som har det medicinska ansvaret för patienten. Remissen sänds vanligtvis till Västra götalandsregionen/Sahlgrenska universitetssjukhuset. Remissmall och inklusionskriterier finns på NHVs hemsida.

Om hälsotillståndet

Skandinaviska studier visar att cirka 18–20% av befolkningen drabbas av en ätstörning under sin livstid. Av dessa söker endast en femtedel hjälp av sjukvården. Det finns flera typer av ätstörningar som skiljer sig åt utifrån vilka symtom och beteenden som är mest framträdande. Gemensamt för alla typer av ätstörningar är att den drabbade har ett problematiskt förhållningssätt och beteende kring mat och ätande. Många, men inte alla, med ätstörning har också negativa tankar och känslor relaterade till kropp och vikt.

En mindre del av de som drabbas av ätstörning är underviktiga och påverkade av svält. Det vanligaste är dock att den som lider av en ätstörning har en normalvikt eller övervikt. Det är alltid viktigt att ta ätstörningssymtom på allvar oavsett individens kroppsform eller kroppsvikt, och att komma ihåg att ätstörningsproblematik framför allt centrerar kring ångest, känslor och tankar. De medicinska riskerna ökar vid svälttillstånd.

För mer ingående beskrivning av klinisk bild de olika ätstörningarna Anorexia Nervosa, Atypisk Anorexia Nervosa, Arfid, Bulemi och Hetsätningsstörning, se respektive SVF.

Övriga ätstörningar ej beskrivna i specifika SVF:er

Andra specificerade ätstörningar och födorelaterade syndrom OSFED (Other Specified Feeding and Eating Disorders) innebär att inte alla kriterier för en specificerad ätstörning är fullt uppfyllda, d.v.s. atypiska varianter av definierade diagnoser. I kategorin OSFED ingår även diagnoserna Självrensning och Nattätande. Självrensningsdiagnos är tillämpligt när den drabbade ägnar sig åt upprepat självrensningsbeteende efter normala eller små mängder mat, men där det varken finns en hetsätningsproblematik eller undervikt.

Bedömning/utredning

Riktlinjer för generell banpsykiatrisk bedömning gällande alla patienter som söker för psykisk ohälsa, finns i rutin SVF ”Generell bedömning BUP”.

I denna SVF beskrivs kompletterande generella rekommendationer för utredning av alla typer av ätstörningsdiagnoser. I SVF för respektive ätstörningsdiagnos finns avsnitt för ytterligare diagnosspecifika rekommendationer.

Steg I utredning (bedömning)

1. Anamnes

Ställ raka och tydliga frågor för att undersöka vilka ätstörningsbeteenden som förekommer.Formulär ”EDE-Q” under kategori ätstörning Blå appen bör användas.

Hereditet för ätstörning och ångestsyndrom

Hur har patientens ätande sett och matpreferenser ut under uppväxten? Har det förekommit uppfödningssvårigheter?

Hur ser familjens matvanor ut, finns det gemensamma måltider. Föreligger det någon form av gemensam specialkost? Finns det fokus på hälsa, vikt, mat, kropp och motion hos vårdnadshavarna?

När och hur debuterade ätstörda beteenden och kognitioner.

Finns det någon känd utlösande faktor som exempelvis bantningsförsök, somatisk sjukdom, läkemedel eller annan psykiatrisk problematik som påverkade aptit eller ätande?

Har ätstörningssymtomen varit likadana över tid eller har de förändrats eller fluktuerat?

Ätstörda kognitioner och avvikande kroppsuppfattning

- Ångest i matsituation

- Avvikande kroppsuppfattning: tankar och beteenden som avviker från tidigare och andra ungdomar i samma ålder.
- Viktfobiska tankar kring mat och kropp

Aktuella ät/matbeteenden

- Inhämta noggrann kostanamnes. Vad är en typisk dags matintag.
- Finns det förändringar i ät- och matbeteende i relation till restriktivitet, selektivitet, överätande och/eller hetsätning.
- Om överätande/hetsätning förekommer, vad vidmakthåller och vilket syfte har beteendet (ex. hunger pga oregelbundet matintag, känsloreglering, vanemässigt).
- Finns det nytillkomna beteenden kring mat/ätande som avvikande ättempo, ritualiserade beteenden, kleta ut eller gömma/slänga mat.
- Rädsla för att äta pga rädsla att sätta i halsen, rädsla för oren mat, bakterier, m.m.

Aktuella kompensatoriska/ångestreglerande beteenden

- Fysisk aktivitet. Hur mycket fysisk aktivitet utövar patienten? Både vardaglig fysisk aktivitet (transportsträckor) och träning (sportaktiviteter, löpning, promenader, gymträning m.m). Vad är den fysiska aktivitetens funktion? Finns det tecken på att den kan vara tvångsmässig och/eller kompensatorisk/ångestreglerande. Förekommer dold träning, ex situps på rummet.
- Förekommer egenprovocerade kräkningar
- Anorektiskt högvarv/prestationsångest
- Förekommer bruk av laxermedel

Konflikter.

- Finns det konflikter kring mat, inköp, måltider eller vid reglering av kompensatoriska beteenden.

Somatisk kartläggning

- Viktutveckling över tid: inhämtas via familjens beskrivning och skolans tillväxtkurva. Skolans tillväxtkurva överförs till journalens tillväxtkurva. Patientens tankar om sin vikt och viktutveckling. Har patienten en egen målvikt eller ”förbjuden vikt”. Förälders beskrivning av för ögat synliga utseende och viktförändringar
- Aktuell och tidigare förekomst av somatiska sjukdomar: som kan påverka vikt och aptit (ex. tyreoideasjukdomar, celiaki, diabetes, mag- och tarmproblematik och allergier).
- Svältsymptom: ökad kroppsbehåring, muskelsvaghet, frusenhet, trötthet, yrsel, hjärtklappning, oregelbunden hjärtrytm, svimningar och apati.

- Somatiska symptom vid ätstörning: Menstruationsbortfall, förstoppning eller diarré, illamående, huvudvärk, håravfall, nedsatt ork. Tandskador eller andra skador orsakat av kräkning. Smärta vid matintag.
- Symptom/tecken som kan indikera (samtidig) somatisk sjukdom
    - Rastlöshet, darrighet, hjärtklappning, svettningar, aptitstegring och sömnstörning kan vara på överfunktion av sköldkörteln (hypertyreos)
    - Näringsbrist, buksmärta, diarré, gaser och förstoppning är vanliga besvär vid celiaki
    - Buksmärta, blod i avföring, trängningar till avföring och feber kan uppstå till följd av inflammatorisk tarmsjukdom.
    - Acetondoftande andedräkt (ketoacidos), ökad törst, frekvens urinering, illamående, stark trötthet och dimsyn kan vara tecken på diabetes.

2. Status

Psykiatriskt status

Utöver sedvanligt psykiatriskt status värdera särskilt:

Anorektiska/ätstörda kognitioner och uttryckssätt. Synbar eller latent ångest i besöket. Förnekande eller normaliserande av ätstörda beteenden. Kognitiv avtrubbning. Anorektiska/ätstörda beteenden i samtal eller under somatisk undersökning. I besöket konflikter om mat, ätande och/eller träning.

Somatiskt status och provtagning (för fördjupning se bilaga xx somatisk undersökning

Somatisk undersökning för att dokumentera utgångsvärden ska genomföras skyndsamt och därefter regelbundet för att kunna följa förändringar och värdera om det finns behov av medicinska åtgärder.

Undersökningen bör göras av läkare med kunskap om svälttillstånd hos barn. Vid behov bör barnläkare konsulteras.

Längd och vikt. Beräkning av BMI och Expected Body Weight.

Kartläggning av allmäntillstånd kroppstemperatur, allmänpåverkan, yrsel, vakenhetsgrad, samt bedömning av hull, muskulatur och hållning och kroppsmognad

Undersökning av hudkostym fra lanugobehåring, turgor, marmorering och förekomst av sår

Perifert status, avseende kyla, kärlåterfyllnad och ödem/svullnad

Undersökning av mun och svalg, specifikt slemhinnor, tandstatus, spottkörtlar och thyroidea

Lyssna på hjärta

Kontroll av blodtryck och puls. Ortostatisk blodtrycksmätning med värdering av puls och blodtrycksreakton.

EKG

Lyssna på lungor

Palpation av buk

Blodprover: Använd provpaketet ”Anorexi” i BOS. Proverna tom urinstickan i listan är rutinprover och tas alltid vid basal utredning och inför remiss till Anorexienheten. Proverna nedanför urinstickan i listan är möjliga att beställa alla eller i urval om behov av komplettering finns. barnläkare för val och tolkning.

Definition av uttalad svält

- EBW <85% (Måttet BMI < -2 standardavvikelser kan också användas men ger sämre precision för långa och korta individer).
- Snabb viktnedgång, exempelvis 5% av ursprunglig vikt senaste 4 veckorna.
- Temp <36° C, frusenhet, perifer kyla, kapillär återfyllnadstid >3 sekunder.
- Bradykardi (observera att gräns för bradykardi ökar med sjunkande ålder, exempelvis är en puls på 60/min hos 10-åring en uttalad bradykardi).
- Patologisk pulsreaktion vid ortostatiskt blodtryckstest: Lågt blodtryck, som sjunker vid uppresning. Låg puls i liggande, där puls ligger kvar, stiger mer än 30% vid uppresning, eller i värsta fall sjunker. Kombinationen av fallande tryck och stigande/sjunkande puls är särskilt oroande

Vid uttalad svält bör barnkardiolog konsulteras

Bedömning

Sammanställ information från anamnes, psykiatriskt status, viktkurva, somatiskt status.

Värdera symptomen mot diagnoskriterier för respektive ätstörning utifrån DSM V. Komplettera utredningen med specifik steg 1 bedömning för aktuellt tillstånd (finns beskriven under SVF för respektive ätstörning).

Genomför differentialdiagnostisk bedömning i relation till somatiska tillstånd och andra psykiatriska tillstånd.

Värdera om det finns misstänkt samsjuklighet samt hur de olika tillstånden då triggar försvårar och vidmakthåller varandra.

Värdera om det finns tecken till somatisk påverkan och/eller uttalad svält.

Värdera vilken vårdnivå patienten behöver för sin ätstörning och om samverkan med somatisk vård, planerat eller akut, är nödvändigt.

Steg II utredning, (utvidgad bedömning och screening)

Det är ej lämpligt att fortsätta med samma behandlingsupplägg vid utebliven behandlingseffekt. För att undvika onödigt långa sjukdomsförlopp ska utebliven behandlingseffekt uppmärksammas i god tid.

Om behandlingseffekten uteblir efter evidensbaserad behandling ska behandlingsinsatser senast efter 3 månader utvärderas och en fördjupad bedömning av patienten ska initieras i syfte att utreda om det kan finnas oupptäckt samsjuklighet eller andra vidmakthållandefaktorer som hindrar patient och familj från att tillgodogöra sig behandlingen. Utredningen ska kartlägga patientens funktionsnivå och fungerande i syfte att förstå vilka anpassningar som behövs för att patienten ska få bättre förutsättningar i behandlingsarbetet.

Utredningen bör ta ställning till om symtom på annan psykiatrisk samsjuklighet bedöms vara primär eller en sekundär effekt av ätstörningsproblematiken och inkludera tidsmässiga samband mellan ätstörningen och övriga sjukdomstillstånd.

För patienter med restriktiv problematik och undervikt bedöms utebliven behandlingseffekt föreligga vid utebliven viktuppgång eller fortsatt viktnedgång.

Utvärdering av given behandling bör inkludera värdering av:

Vården

Val av behandlingsmetod, översyn av vårdintensitet, vårdnivå och bemötande.

Patienten

Värdering av vidmakthållande faktorer hos patient som hindrar behandlingseffekt och påverkar patientens förutsättningar och förmåga att ta till sig behandling.

- Social situation
- Skolsituation
- Missbruk.
- Somatisk/barnmedicinsk utredning
    - Föreligger det någon malabsorbtionssjukdom eller inflammatorisk tarmsjukdom?
    - Födoämnesintoleranser?
    - I de fall somatisk samsjuklighet föreligger ska man bedöma om och på vilket sätt detta kan påverka ätstörningsproblematiken. Det är ofta lämpligt att fördjupa samarbetet med aktuell medicinsk enhet.
- Psykiatrisk bedömning och/eller screening för samsjuklighet (se SVF för respektive tillstånd):
    - Ätstörningens svårighetsgrad,
    - Sjukdomsinsikt

- ADHD och Autism
- Ångest, tvångsmässighet och depression kartläggs noggrant. Specifika diagnoser (ångestsyndrom, tvångssyndrom, och egentlig depression) ska fastställas eller uteslutas.
- Kognitiv funktionsnedsättning
- Emotionell instabilitet och relationella svårigheter, särskilt när det även föreligger självskadebeteende och/eller suicidalitet
- Trauma

Vårdnadshavare

Värdera vårdnadshavares förutsättningar och förmåga att tillgodogöra sig erbjuden behandling:

- Finns det psykisk eller somatisk ohälsa hos vårdnadshavarna?
- Förekommer det missbruk hos vårdnadshavarna?
- Finns det kognitiva svårigheter hos vårdnadshavarna?
- Mående och fungerande hos eventuella syskon?

Steg III utredning (utredning)

Om behandling och bedömning genomförts enligt steg I och II utan tillräcklig effekt bör ställningstagande göras kring om det finns behov av ytterligare utredning. Detta för att förstå om oupptäckt och obehandlad psykiatrisk och/eller somatisk samsjuklighet vidmakthåller patientens ätstörningsproblematik.

I detta läge är det generellt relevant att genomföra en bred barnpsykiatrisk utredning för att kartlägga patientens fungerande och behov, även om screening enligt steg II i denna riktlinje ej indikerat att annan problematik föreligger. Den breda barnpsykiatriska utredningen genomförs enligt riktlinjer för respektive tillstånd. Patientens kognitiva funktioner och generell funktionsnivå bör kartläggas.

Differentialdiagnostiken kan vara utmanande vid undervikt. Detta beror på att de ätstörningsrelaterade svältsymtomen ofta leder till sekundära kognitiva och emotionella svårigheter som kan misstas för annan problematik. Utvecklingsanamnes och kartläggning av hur patientens olika symtom eller svårigheter har uppkommit och fluktuerat i relation till insjuknande i ätstörning är således den viktigaste faktorn vid bedömning av utredningsbehov.

Det är generellt att föredra att avvakta med barnpsykiatrisk utredning tills dess att patienten har stabiliserats i sin ätstörning på eller nära normal vikt. Om undervikt kvarstår länge trots att behandling och bedömning genomförts enligt riktlinjer är det dock nödvändigt att ändå genomföra utredning vid misstanke om oupptäckt samsjuklighet. I dessa fall ska patientens undervikt ses som en osäkerhetsfaktor vid resultatsammanställning och det kan också vara relevant att upprepa hela eller delar av utredningen i ett senare skede när undervikt inte längre föreligger. Det är således ej acceptabelt att neka barnpsykiatrisk utredning med hänvisning till

svälttillstånd eller undervikt för patienter där det finns misstanke om att oupptäckt samsjuklighet hindrar patientens möjligheter till att tillgodogöra sig behandlingen.

Behandling

I denna SVF beskrivs generella rekommendationer för behandling av alla typer av ätstörningsdiagnoser. I SVF för respektive ätstörningsdiagnos finns avsnitt för ytterligare diagnosspecifika rekommendationer.

Steg I behandling

Ätstörningsbehandling ska bedrivas utifrån evidens och beprövad erfarenhet inom multiprofessionella team.
Det multiprofessionella ska omfatta: medicinsk, social och psykologisk kompetens, kunskap om näringslära, och psykoterapeutiska färdigheter med särskild betoning på familjeterapi och kognitiv beteendeterapi (specifikt KBT-E).

Vikten av en sammanhållen vårdkedja.
Patienter med ätstörning är ofta i behov av olika behandlingsinsatser under sin sjukdomstid. Detta innebär att patienten ofta behöver insatser från flera olika team/mottagningar. Ett gemensamt helhetsgrepp i behandlingen gynnar ett positivt behandlingsutfall.

Det är av största vikt att behandlare och team kommunicerar, samverkar och planerar gemensamt så att glapp mellan olika team undviks. Man bör så långt det är möjligt undvika att patienten erhåller motstridiga råd eller direktiv.

En vårdplan som upprättas i gemensam överenskommelse med patient och vårdnadshavare bör utgöra grunden för all behandling.
Se länk och rutin JURIS (Nr)

När vårdplanen formuleras ska patient och vårdnadshavare erhålla information om tillgängliga behandlingsalternativ inklusive tydlig information om behandlingens förväntade effekt och grad av vetenskapligt stöd. Ett mål med vårdplanen är att skapa förutsättningar för ett engagemang i behandlingsarbetet från vårdnadshavarna och patienten. En bedömning av familjens förutsättningar ska ligga till grund för behandlingsplaneringen. Vårdnadshavarnas förmåga att ge konkret och känslomässigt stöd ska inkluderas i behandlingen och vid svårigheter bör detta beröras inom ramarna för behandlingsinsatserna. Till jurisrutin vårdplan.

Akuta svälttillstånd ska hävas skyndsamt med hjälp av anpassade interventioner.
Akuta svälttillstånd ska hävas skyndsamt för samtliga patienter med ätstörning. Detta innebär att arbete med konkreta beteendeförändringar som leder till ökat näringsintag och viktåterhämtning ska prioriteras.

Psykopedagogik ska finnas med som ett återkommande inslag och repeteras under hela behandlingstiden
Psykopedagogiska insatser till barnet/föräldrar ökar kunskapen och därmed också förståelsen för behandlingsupplägg och sjukdomens uttryck och allvar.

Patienter i svälttillstånd är i behov av att alla psykopedagogiska och psykoterapeutiska interventioner anpassas, då svälttillståndet påverkar patientens kognitiva funktioner och förutsättningar att ta till sig information.

Psykopedagogiska insatser omfattar

Information om ätstörningsdiagnosen och dess uttryck

Ätstörningens och svältens påverkan på kroppen, hjärnan, kognition, psyke

Näringslära inklusive portionsstorlek och antalet måltider per dag

Hur vårdnadshavare kan stötta patienten på bästa sätt innan, under och efter måltider

Hur förändras kroppen vid viktuppgång och förbereda på att psykiska symtom påverkas/tilltar

Förväntningar gällande behandlingsförlopp och förväntad behandlingsinsats

Hur ätstörningen påverkar familjesystemet

Anhörigas förhållningssätt

Samtliga patienter med ätstörning ska erbjudas psykologisk behandling. Psykologisk behandling är i första hand familjebehandling eller individuell psykologisk behandling med föräldrainvolvering, vg se SVF för respektive tillstånd

Rekommendationen gäller oavsett viktstatus, det är olämpligt att neka patienter tillgång till psykologisk behandling med hänvisning till undervikt eller svältpåverkan, den ska heller inte villkoras till viktuppgång.

För patienter i svälttillstånd ska interventionerna anpassas så att patienten klarar att tillgodogöra sig behandlingen trots den kognitiva påverkan som svälttillståndet vanligen medför. Psykologisk behandling vid ätstörning:

Psykologisk behandling vid ätstörning

- Utveckla patienters och vårdnadshavares färdigheter i hur de ska klara av att genomföra nödvändiga beteendeförändringar, såsom att införa ett normaliserat ätande och avstå från kompensationsbeteenden.
- Inkludera ångesthantering och känslohantering.
- Inkludera stöd för att hantera destruktiva impulser genom att utveckla adaptiva färdigheter som ökar förmågan till impulskontroll och framför allt ger en ökad repertoar av alternativa regleringsstrategier.
- Tillsammans med patient och vårdnadshavare utveckla krisstrategier.

- Tillsammans med patient och vårdnadshavare utveckla stopp och avledningsstrategier.
- Skapa ökad förståelse kring hetsätning eller överätning. Hetsätning och överätning kan förekomma vid samtliga ätstörningsdiagnoser. Kartläggning för att förstå de faktorer som vidmakthåller hetsätningsbeteendet och vilken funktion de har genomförs som grund för planerade behandlingsinsatser. Dessa kan vara:
    - Kroppslig hunger på grund av bristfälligt eller oregelbundet näringsintag vid de vanliga måltiderna
    - Känsloregleringssvårigheter
    - Vanemässiga beteenden kopplade till specifika situationer eller kontexter
- Avslappningsövningar
- Interventioner i syfte att öka patientens sjukdomsinsikt och motivation till förändring
- Kartlägga vilka vidmakthållandefaktorer som hindrar patienten från att tillfriskna och förstå vilken funktion fyller ätstörningen i patientens liv?
- Kartlägga vilka konsekvenser som ätstörningen medför.

Medicinsk/psykiatrisk behandling

Nutritionsbehandling ska ligga till grund för all ätstörningsbehandling.

Evidensbaserad nutritionsbehandling utgör grunden i all behandling av ätstörning. Måltidsordning (Bra mat för en dag) (länk) ligger till grund för behandlingen. Det är ofta hjälpsamt för patienter med ätstörning att äta på fasta tider alla dagar.

Målet är att patienten ska få regelbunden och tillräcklig näring. Detta skapar förutsättningar för att kroppen ska kunna återhämta sig från svält, för att normala hunger- och mättnadskänslor ska kunna etableras, för att patientens kroppsvikt ska kunna stabiliseras på en normal nivå, och att hetsätning och överätning försvinner.

De flesta patienter i öppenvård äter regelbundet i hemmet även om mängden är mindre än behovet. Dessa patienter kan oftast starta med 100% matordning. Matordningen ska aldrig vara mindre mängd än det som patienten redan äter.

Måltidsordningen ska ha en variation mellan olika livsmedel för att säkerställa näringsintaget. Patienten kan avstå enstaka definierade livsmedel som de inte åt även innan insjuknandet, men hänsyn till kostförändringar som skett under inflytande av ätstörningen tas ej hänsyn till. Anpassningar kan också behöva göras vid autism, där hänsyn kan behöva tas till selektivt ätande som funnits sedan innan ätstörningsdebut.

Godsaker kan initialt undantas men när matordningen stabiliserats bör de införas i normalstora portioner som en del i att normalisera patientens ätande.

I öppenvård sker viktåterhämtning med vanlig mat enligt måltidsordning som bas. Näringstillskott kan användas inom öppenvård men näringsdryck används bara inom dagvård och slutenvård efter särskilda överväganden.

Refeeding syndrome: För patienter i svår svält och minimalt näringsintag kan måltidsordningen behöva anpassas till en initialt lägre nivå (25-50%) för att undvika refeeding syndrom. Gradvis ökning till 100% sker sedan oftast inom en vecka med regelbunden provtagning/kontroller av s-fosfat. Dessa ordinationer görs av läkare. Överväg om patienten kan behöva övergå till steg II eller steg III behandling OBS flyttas till SVF anorexi och Arfid.

Beräkning av målvikt/friskvikt

Förväntad målvikt/friskvikt bör bedömas för samtliga patienter med restriktiv ätstörning samt där det finns tecken på stagnerad viktutveckling eller viktnedgång. För patienter med Bulemi och Hetsätningstörning kan beräkning av målvikt/friskvikt också ofta vara relevant.

Förväntad målvikt/friskvikt bör bedömas individuellt för varje patient och för unga patienter ska bedömningen ses som en färskvara, detta då förväntad målvikt/friskvikt kommer att förändras med stigande ålder för patienter som ej vuxit färdigt.

Tillväxtkurvor från barnhälsovård och skola och mätpunkter i sjukvårdens journal används som underlag.

I många fall kan bedömningen av förväntad målvikt/friskvikt behöva justeras om somatiskt status visar att det fortsatt föreligger symtom på undervikt (amenorré, yrsel, cirkulationspåverkan) trots att patienten har återhämtat till den bedömda normalvikten.

I samband med behandlingsstart räknar läkare ut en målvikt/friskvikt som baseras på patientens tidigare längd, vikt och BMI- utveckling. Spannet för målvikten/friskvikten är oftast 3 kg för att göra plats för naturliga viktfluktuationer. Grundtanken är att hitta tillbaka till den vikt patienten förmodats ha om hen inte insjuknat i en ätstörning och där kroppen är i balans. Målvikten/friskvikten bör ligga inom BMI kurvans normalintervall

Viktkurvans utseende kan användas tidigt i behandlingen i ett pedagogiskt syfte att få patient och vårdnadshavare att förstå sjukdomens svårighetsgrad. Information om patientens beräknade målvikt/friskvikt ges oftast bäst då patienten påbörjat viktåterhämtning och normaliserat ätande.

Vikt ska kontrolleras en gång i veckan för underviktiga patienter

Vikt ska kontrolleras en gång i veckan för patienter med undervikt. Vägning bör ske i underkläder.

Efter varje viktkontroll ska vikt, längd och BMI föras in i tillväxtkurvan/BMI-kurvan och utvärderas i förhållande till patientens individuella normalvikt. Tillväxtkurvan används som ett pedagogiskt hjälpmedel i behandling tillsammans med patient och vårdnadshavare. Patienter ska stöttas till att avhålla sig från vägning i hemmet.

Förväntad genomsnittlig viktåterhämtningstakt bör vid undervikt i genomsnitt vara 0,5 - 1 kg per vecka. Vid utebliven viktåterhämtning eller fortsatt viktnedgång efter 4 veckors behandlingstid är det ett tydligt tecken på terapisvikt och kräver omedelbar bedömning samt åtgärd.

Somatiskt tillstånd ska övervakas regelbundet för samtliga patienter med ätstörning som utifrån aktuell symtombild är i riskzon för somatisk påverkan

Detta gäller särskilt patienter med snabb viktnedgång eller låg vikt och patienter med framkallade kräkningar eller riskfylld, högintensiv fysisk aktivitet. Bedömning av somatiska tillstånd är viktigt för att utvärdera behandlingseffekten.

Det är ofta nödvändigt att somatisk undersökning och bedömning sker en gång i veckan, men intervallet avgörs av somatisk status.

Somatisk undersökning och bedömning undersökning bör utföras av utföras av läkare. Om undersökning sker hos sjuksköterska ska läkare konsulteras.

Somatiska undersökningen sker enligt instruktion bedömning Steg I ovan. Grundläggande somatisk status ska alltid göras. EKG och lab-prover genomförs vid försämring eller påtagligt låg vikt.

Planera behandlingsinsatserna med hänsyn till samsjuklighet. Tänk på att förekomst av samsjuklighet kan innebära behov av parallella behandlingar

Vid förekomst av psykiatrisk eller somatisk samsjuklighet eller nedsatta kognitiva funktioner behöver vården, för att undvika ett långdraget sjukdomsförlopp, ges på ett sätt som säkerställer att patienten har förutsättningar att tillgodogöra sig behandlingen.

En individuell bedömning värderar om ätstörningsbehandlingen behöver anpassas och på vilket sätt.

När patientens tillstånd är stabiliserat bör en bedömning göras huruvida patientens andra psykiatriska svårigheter kräver särskilda behandlingsinsatser eller om dessa interventioner kan ges i samband med ätstörningsbehandlingen. I de fall annan behandlingsinsats ska inledas bör det ske via parallella behandlingar i nära samverkan.

Behandling bör fortgå åtminstone tills patienten bedöms vara i full remission

Enligt definition för remission ska inget kriterium för någon ätstörningsdiagnos vara uppfyllt. Dessutom krävs:

- Normaliserad vikt (kan konceptualiseras som 85–120% EBW hos barn under 18 år)
- Inga kvarvarande störda ätbeteenden (avsaknad av till exempel hetsätning och självrensning)
- Inga kvarvarande kognitiva symtom av ätstörningskaraktär

Boostersession
Vid återfall i ätstörda symptom bör ett fåtal boostersessioner (kompletterande samtal) erbjudas av den enhet som bedrev behandlingen.

Övergång från barn- till vuxenpsykiatri ska ske strukturerat med samarbete i god tid.
Avslut bör endast ske i de fall patienten bedöms vara i full remission. Vid partiell remission bör patienten remitteras för fortsatt behandling. Remiss och överlämning sker enligt jurisrutin (länk).

Steg II behandling

Utfallet för steg II utredning avgör vilka insatser som skall förändras, tas bort, eller läggas till befintlig behandling vid ingång i steg II behandling.

Intensifierad ätstörningsbehandling
Pågående behandling kan vid bristande behandlingseffekt intensifieras genom tätare besök. Detta kan vara aktuellt i de fall man bedömer att behandlingsinsatsen i sig passar patient/familj men där det finns ett behov av tätare och mer intensivt stöd.

Anpassad ätstörningsbehandling
Behandlingsformatet kan anpassas genom att förändra i vilken utsträckning barnet respektive vårdnadshavarna deltar i behandlingen. I vissa fall kan det vara relevant att behandlingen lägger större tyngdpunkt på föräldrasamtal där barnet inte deltar fullt ut i behandlingen. I dessa fall ska barnet fortsätta gå på somatiska kontroller inklusive viktkontroller och i samband med dessa erbjudas kortare enskilda samtal kring mående och situationen.

Annan psykologisk metod
Om det bedöms lämpligt och befintlig behandling ej har lett till tillräcklig behandlingseffekt kan annan behandlingsmetod väljas. Val av behandlingsmetod styrs av familjens förutsättningar.

I de fall familjebaserad terapi ej bedöms vara en gynnsam eller möjlig behandlingsinsats bör patienter i tonåren erbjudas individuell terapi, i första hand ätstörningsanpassad kognitiv beteendeterapi (KBT-E). Patientens vårdnadshavare ska vara delaktiga och informerade om behandlingens progression och innehåll. Gemensamma samtal bör genomföras regelbundet där kommunikation och stöd i hemmet diskuteras.

Behandling av psykiatrisk och eller somatisk komorbiditet
Ätstörningsbehandlingen ska vid behov kompletteras med inslag från andra evidensbaserade terapeutiska metoder vid konstaterad samsjuklighet. Vilket kan ske i samverkan med behandlare med behövd kompetens.

För patienter där emotionell instabilitet eller bristande impulskontroll bedöms vara en stor del av problematiken kan det även vara gynnsamt att komplettera med interventioner från dialektisk beteendeterapi eller andra typer av emotionsregleringsinterventioner. För patienter med restriktiv ätstörning i behandling på Anorexienheten sker denna behandling parallellt på BUP öppenvård eller via DBT-teamet.

Boostersession
Vid återfall i ätstörda symptom bör ett fåtal boostersessioner (kompletterande samtal) erbjudas av den enhet som bedrev behandlingen

Samarbete med socialtjänst eller skola
Vid omfattande svårigheter i familjesystemet och i fall där vårdnadshavarnas svårigheter, trots familjeinriktade insatser, försvårar behandlingsarbetet ska orosanmälan sändas till socialtjänsten för bedömning av familjens behov av stöd.

Förhöjd vårdnivå
Se SVF för respektive tillstånd

Intensifierad öppenvårdsbehandling och/eller ätträning bör erbjudas patienter med restriktiv ätstörning och dess familjer när de är i behov av konkret måltidsstöd för att kunna vända situationen

Intensifierad öppenvård med ätträning bedrivs genom dagvård på Anorexienheten.

Steg III behandling. Slutenvård

Heldygnsvård enligt HSL och LPT
Heldygnsvård är ofta nödvändig och livräddande. Samtidigt saknas i stor utsträckning systematisk utvärdering av effekter och risker av heldygnsvård och tvångsvård vid ätstörning. Det behövs eftertanke vid planerandet och genomförandet av heldygnsvård, i synnerhet om den sker som tvångsvård. “Barnets-bästa perspektiv” måste alltid beaktas, genom samverkan med patienten och närstående.

För patienter med svår ätstörning och försämring där man provat behandling enligt steg I och II i dessa riktlinjer utan tillräcklig effekt och tilltagande försämring med medicinska risker kan heldygnsvård aktualiseras. Heldygnsvård kan ske enligt HSL och LPT.

Steg III behandling kan även initieras som första behandling för svårt sjuka patienter i försämring och medicinsk påverkan där behandling Steg I och II utifrån tillståndets svårighetsgrad inte bedöms patientsäkra.

Inläggning i heldygnsvård bör så långt det är möjligt ske enligt HSL genom planerade inläggningar.

Inläggning enligt LPT sker alltid akut och endast då kriterier för LPT 3§ är uppfyllda.

Heldygnsvård vid akut somatisk svikt och eller svår svält
Patienter i akut somatisk svikt ska omedelbart aktualiseras för heldygnsvård i syfte att häva den nedåtgående trenden.

För barn och ungdomar, jämfört med vuxna, är det svårare att ange exakta värden för när akut somatisk svikt riskerar att föreligga. Det är avgörande att den behandlare som genomför bedömningen har kompetens för att bedöma svält hos unga personer. Enskilda värden ska ej vara avgörande utan en helhetsbedömning bör göras av patientens sammanvägda tillstånd.

Medicinska indikationer för akut inläggning (faktaruta)

- Låg kroppsvikt motsvarande BMI -3 SD.
- Total mat- dryckesvägran.
- Snabb viktnedgång där ett riktvärde kan vara förlust av >10% av kroppsvikten på en månad eller >20% av kroppsvikten på tre månader (med hänsyn till ålder och patientens tillväxtkurva).
- Uttalad bradykardi eller takykardi. Observera vikten av en åldersberoende bedömning och att detta är svårare att bedöma hos barn och ungdomar jämfört med vuxna.
- Uttalad hypotoni.
- Kroppstemperatur under 35,5 grader.
- Allvarliga elektrolytrubbningar.
- EKG-förändringar såsom förlängd QT-tid, rytmrubbning eller tecken på hjärtsvikt. Observera att barnkardiolog bör bedöma eller ansvara för bedömning.
- Tecken på uttorkning.
- Perifera ödem.
- Påverkat allmäntillstånd såsom exempelvis svimning, muskelsvaghet, hjärtklappning, tryck över bröstet.

Vid samtidiga allvarliga somatiska sjukdomar såsom diabetes är det av största vikt att bedömningen sker i samverkan med Barnmedicinsk bakjour/akutmottagning. Allvarlig somatisk samsjuklighet kombinerat med svältpåverkan kan innebära behov av akut inläggning tidigare än ovanstående punkter indikerar.

Vid en somatisk påverkan med fara för livet och patienten vägrar inläggning är tvångsvård indicerad.

Inläggning på barnmedicinsk klinik

Vid akuta livshotande tillstånd som kräver medicinsk monitorering, tät provtagning och beräkning eller ordination av parenteral behandling (exempelvis elektrolytkorrigering) kan inläggning på medicinklinik vara aktuellt.

Sådan inläggning initieras antingen direkt via patientens öppenvård eller från BUP-avdelning om patienten redan är aktuell i heldygnsvård.

Exempel på tillstånd som motiverar bedömning av eller inläggning på medicinklinik är refeeding syndrom, hotande hjärtsvikt, elektrolytrubbningar eller hypoglykemier (lågt blodsocker).

Uppföljning

Behandling bör fortgå åtminstone tills patienten bedöms vara i full remission se ovan

Remissionen ska ha förelegat i minst tre månader. Det kan finnas goda skäl att fortsätta följa patienten, om än något glesare, över längre tid än tre månader. Detta då risken för återfall i ätstörning är stor, även efter en framgångsrik behandling. Risken är som störst under det första året efter avslutad behandling.

Behandlande enhet bör ha beredskap för att kunna erbjuda kompletterande samtal, så kallade boostersessioner, det rör sig inte om en ny behandling utan några enstaka samtal för att återknyta till det som varit verksamt i den tidigare behandlingen.

Komplikationer

Refeeding syndrome

Kan uppkomma vid återgång till regelbundet matintag efter långvarig och svår svält, se under behandling.

Vårdflykt

Patienter med svåra ångestsymptom kan vid skeden i behandling där ångesten utmanas utveckla retorik och beteenden som rationaliserar avbrytande av vård genom ex önskemål om behandlar/vårdenhetsbyte. Risk finns att vårdgivare och vårdnadshavare kan bli indragna och medverka i vårdflykten. Detta kan leda till att patienten flyr mellan enheter och behandlare och inte får tillgång till nödvändig vård.

Det är i dessa fall viktigt att vården samverkar och gemensamt tydligt rekommenderar och motiverar till den vård som bedöms bäst utifrån sjukdomens art och grad och inte remitterar eller överför vården till enheter eller behandlare som inte har kompetens/resurs för uppdraget.

Övergång från en ätstörning till en annan

Ätstörda symptom/ätstörningar kan vid försämring eller under behandling/förbättring förändras och utvecklas till en annan typ av ätstörning.

När detta händer behöver vården anpassas enligt vårdriktlinjer för den nya ätstörningen.

Kris/föräldrasvikt

Vid svår ätstörning kan vårdnadshavare till barnet utveckla krisbeteenden vilka i sin tur kan leda till svikt i omsorgsfunktion.

Vårdnadshavare behöver då krisstöd och anpassat föräldrastöd för patientens ätstörning.

Försäkringsmedicin/intyg

Intyg för vård av barn

- Vid Ätstörning kan i vissa fall, initialt och kortvarigt, intyg för vård av barn (8-12 eller 12-16 år) utfärdas för del av dag för att vårdnadshavare ska kunna vara stöd till patienten att vända viktnedgången
- Vid uttalad svält kan det vara lämpligt att en eller båda föräldrarna, beroende på tillståndets allvarlighetsgrad, erhåller intyg enligt vård av barn/vård av allvarligt sjukt barn. Patienten skall då vara sjukskriven från skolan.

Omvårdnadsbidrag

Vid utvecklat kroniskt ätstörningssyndrom kan omvårdnadsbidrag vara tillämpligt

Sjukskrivning av förälder

Vid egen sjukdom/utmatning/psykisk ohälsa hos förälder, hänvisning till vårdcentral för värdering.

Patientmedverkan/kommunikation

Patient och vårdnadshavare skall vara fullt informerade om vården, olika vårdalternativ och vetenskaplig evidens.

Vårdplaner ska utformas i samverkan med patient och vårdnadshavare.

I den mån patientens tillstånd ej tillåter fullständig involvering bör informationen anpassas efter patientens aktuella förmåga.

Under LPT vård ska vården i möjligaste mån genomföras i samverkan med patient och vårdnadshavare.